

*Universidad de San Carlos de Guatemala*

Facultad de Ciencias Médicas

# **REVISION DE TRES TECNICAS DE POSTECTOMIA**

## **TESIS**

*presentada a la Junta Directiva de la Facultad  
de Ciencias Médicas de la Universidad de San  
Carlos de Guatemala, por*

**EMILIO MENDIZABAL FERRIGNO**

Ex-interno de las Salas de: Cirugía, Medicina, Niños y Maternidad del Hospital de Amatitlán. Ex-interno de la Sala de Cirugía de Mujeres y Sala de Dermatología del Hospital San José. Ex-interno del Centro Médico. Ex-interno de los siguientes servicios del Hospital General: Medicina de Niños, Segunda Sala Medicina de Hombres, Segunda Sala Cirugía de Hombres. Ex-practicante del Servicio de Emergencia de la Cruz Roja Guatemalteca. Médico Interno del Hospital Regional de Coatepeque. Médico Jefe de la Unidad Sanitaria de Coatepeque.

En el acto de su investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1958

**PLAN DE TESIS:**

- I) HISTORIA
- II) DATOS ANATOMICOS
- III) CONSIDERACIONES CLINICAS
- IV) CONSIDERACIONES QUIRURGICAS
- V) CASOS TRATADOS
- VI) CONCLUSIONES
- VII) BIBLIOGRAFIA

## I) HISTORIA

Circuncisión se deriva de la voz latina "circun" alrededor y "coedere" cortar.

La Postectomía o Circuncisión se conoce desde los tiempos más remotos, hablándonos ya de ella el Génesis, Capítulo XVII, dando cuenta que ABRAHAM circuncidó a su hijo Isaac a los ocho días de nacido, por mandato de Dios, e igualmente Jesucristo fué circuncidado a los ocho días de nacido, siendo a partir de esa fecha que se viene ejecutando la circuncisión a la raza judía, en los niños varones. Los rabinos la practicaban con los dientes; esto es para dar una idea de lo benigno de la pequeña intervención, de que consta la Postectomía o Circuncisión.

De las estadísticas que se han llevado a cabo se ha sacado en conclusión que:

- 1o.) Por razones higiénicas todas las personas circuncidadas no presentan Balano Postitis.
- 2o.) Las personas circuncidadas tienen una mayor resistencia a las enfermedades venéreas.
- 3o.) En las personas circuncidadas el cáncer del Pene no existe.

## II) DATOS ANATOMICOS

El Pene es el órgano de la cópula y sus funciones son genito-urinarias; como función genital, es llevar el esperma a los genitales femeninos en el acto del coito y como función urinaria es albergar la Uretra.

Desde el punto de vista de su estructura, el Pene está esencialmente constituido por dos órdenes de formaciones:

- 1o.) Organos erectiles que ocupan sus partes centrales.
- 2o.) Un sistema de cubiertas dispuestas alrededor de aquéllos.

El extremo anterior del Pene está formado por el Glande, el cual se halla más o menos cubierto por un repliegue mucocutáneo, denominado prepucio.

EL GLANDE es un abultamiento en forma de cono, constituido por una base, un vértice y una superficie exterior, esta última es lisa y uniforme, su cara superior, por la dirección oblicua de la base, tiene aproximadamente doble longitud que su cara inferior, ésta presenta un surco en donde se inserta un repliegue mucoso que es el "Frenillo".

VERTICE: Dirigido hacia adelante, es liso de unos dos centímetros de largo, presentando en su parte anterior un orificio vertical que es el meato urinario.

BASE: Oblicuo de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, o dicho en otros términos, cortado a bisel a expensas de la cara inferior, su diámetro es superior al del resto del Pene, rebasándolo en todos lados, formando a su alrededor un relieve circular que constituye lo que se llama "Corona del Glande", este relieve es más pronunciado del lado dorsal que de la cara inferior, estando limitado por el surco balano-prepucial o coronario en su parte posterior.

FRENILLO: Es un repliegue mucoso de forma triangular que principia a 8 o 10 mm. por abajo del meato urinario y algunas veces principia en el mismo meato, lo cual imposibilita

que el prepucio se repliegue hacia atrás hasta el surco balano-prepucial, haciendo dolorosa la erección o rompiéndose durante el coito.

**PREPUCIO:** El Prepucio es un repliegue tegumentario que se dispone en forma de manguito alrededor del glande, se encuentra formado de la manera siguiente: 1o.) La piel del pene al llegar a la extremidad anterior del órgano se repliega hacia adentro y se adosa sobre sí misma dirigiéndose de adelante hacia atrás y al pasar de la superficie hacia adentro, adquiere los caracteres de una mucosa dirigiéndose así hasta el surco balano-prepucial. 2o.) Una circunferencia posterior adherente que corresponde al surco balano-prepucial. 3o.) Una circunferencia anterior enteramente libre, cuando no existe un frenillo que limite sus movimientos como quedó dicho más arriba, esta circunferencia anterior constituye lo que se denomina anillo u orificio prepucial, la longitud del prepucio varía mucho, según las personas, algunas veces se extiende hasta más allá del vértice del glande, rodeando y formando delante de él una especie de vestíbulo, imposibilitando la exteriorización del glande, observado principalmente en los niños y algunas veces en el adulto, otras veces al contrario, se detiene por detrás del meato y cubre sólo una porción del glande sus dos tercios, su mitad o solamente su tercio posterior y muy raras veces es aún más corto, hallándose reducido a un simple collar situado por detrás de la corona y en este caso, todo el glande se encuentra al descubierto.

#### VASOS Y NERVIOS:

Para el fin que perseguimos en esta descripción, sólo nos interesan los vasos y nervios superficiales.

**ARTERIAS:** Las arterias destinadas a las cubiertas del pene proceden:

- 1o.) De las arterias pudendas externas ramas de la femoral.
- 2o.) De la arteria perineal superficial y de la dorsal del pene rama de la pudenda interna, su modo de terminación no ofrece nada en especial.

**VENAS:** Las venas superficiales se originan de las cubiertas incluso del prepucio, la vena dorsal superficial comuni-

ca en el tejido celular subcutáneo donde a veces se encuentra reemplazada por dos venas iguales o desiguales desembocando en la safena interna.

**NERVIOS:** También se dividen en nervios de las cubiertas y de los órganos erectiles, recordaremos sólo los de las cubiertas.

**NERVIOS DE LAS CUBIERTAS:** Reciben sus ramas del Genital ramo del genito crural: Ramas genitales del abdomino genitales mayor y menor del nervio pudendo interno rama del plazo sacro.

### III) CONSIDERACIONES CLINICAS

El objeto de la Postectomía es el de reducir quirúrgicamente el tamaño del prepucio, aumentar el anillo u orificio prepucial y alargar muchas veces el frenillo para lograr lo siguiente:

- 1o.) Que deje al descubierto el glande, para que cumpla en esa forma su función fisiológica.
- 2o.) Por razones de higiene para que pueda recogerse hasta el surco balano-prepucial y en esa forma evitar la balanitis.
- 3o.) Para ayudar a reducir las enfermedades venéreas, ya que se ha observado que las personas circuncidadas presentan una mayor resistencia, para dichas enfermedades.
- 4o.) Para prevenir el carcinoma del Pene.
- 5o.) Es imprescindible efectuar la Postectomía en las fimosis, para evitar una complicación como es la para-fimosis.

#### IV) CONSIDERACIONES QUIRURGICAS

##### a) ANESTESIA:

Se usa de preferencia la anestesia local, solución de Novocaina al 1% inyectando 50 c.c. como término medio, añadiéndole Adrenalina X gotas, ya que esto nos da un campo operatorio más exangüe, debido a la vaso constricción que produce. Se principia la anestesia troncular de las ramas dorsales, introduciendo la aguja hipodérmica de dos a tres centímetros, ya que son adyacentes a las capas profundas de la raíz del pene; luego se hace la infiltración anular de la base; para ayudar la infiltración se da un pequeño masaje sobre el pubis, unos tres minutos.

##### b) TECNICAS OPERATORIAS:

Las técnicas operatorias que se usan con más frecuencia son:

- 1o.) El procedimiento postiplástico de Finochietto.
- 2o.) El procedimiento de Gommco.
- 3o.) La Postectomía por el método de Duplay.

##### TECNICA DE FINOCHIETTO:

Consiste en lo siguiente: 1o.) Se determina el borde del prepucio, es decir, el repliegue cutáneo-mucoso; con pinzas de Kocher recta se fija el polo superior e inferior del mismo. 2o.) Con pinzas de disección con dientes, se toma un repliegue cutáneo del dorso del prepucio y con tijera curva se disecciona un colgajo triangular del vértice anterior y base posterior, este colgajo es de piel únicamente, se fija su vértice con una pinza de mosquito y se reclina hacia atrás. 3o.) Con bisturí se termina el semi-círculo inferior de la incisión cutánea. 4o.) Terminada la incisión cutánea prepucial inferior, se disecciona la piel, no hacia la base del pene sino que hacia el vértice del prepucio, quedando el glande cubierto únicamente por mucosa. 5o.) Con tijera recta se corta completamente este manguito mucoso a

8 mm. por delante de la incisión cutánea; con las mismas tijeras se practica un corte longitudinal antero-posterior en el dorso del ya mencionado manguito. 6o.) Se hace la hemostásis con pinzas de mosquito, de los pequeños vasos que sangran. 7o.) Se sutura piel a mucosa, para lo cual se colocan cuatro puntos principales, el primero une el vértice del triángulo cutáneo dorsal a la extremidad posterior del corte que se practicó en el dorso del manguito mucoso, el segundo y tercero unen los vértices de colgajos mucosos laterales a los ángulos basales del colgajo triangular dorsal; el cuarto punto se pone a la altura del frenillo; entre estos cuatro puntos se colocan tres o cuatro más intermedios para la buena coaptación de los labios de la herida. 8o.) Si fuera necesario, se puede alargar el frenillo (el cual es corto en el 80% de los casos), con una incisión longitudinal sobre el mismo y varias pequeñas longitudinales en los bordes de la anterior. 9o.) El material de sutura que se usa, es catgut cromisado cuatro ceros.

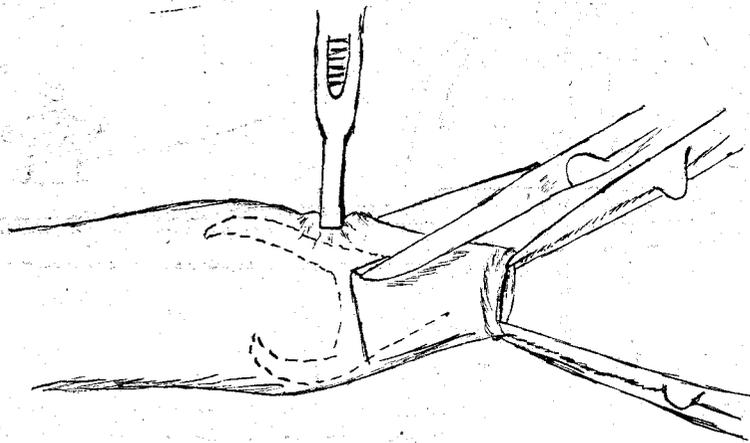


Figura No. 1.

#### PROCEDIMIENTO DE GOMMCO:

1o.) El procedimiento de Gommco, consiste en el uso de un aparato en forma de campana, con la cual se cubre con su cara interna el glande recubriéndola en su parte externa por el prepucio. 2o.) El aparato tiene una platina con un agujero, al cual se adapta la campana de tamaño variable, según las nece-

sidades, ya que se encuentran de tamaño pequeño, mediano y grande, a través del cual se hace pasar la campana traccionando el prepucio hasta colocarlo a la altura derecha. 3o.) Por medio de un frenillo colocado en el extremo opuesto al agujero, se ejerce presión sobre el prepucio que se encuentra prensado entre la campana y el agujero. 4o.) Esta presión se efectúa de tres a cinco minutos, con el objeto de practicar la hemostásis, cuando se efectúa en recién nacidos, este tiempo es suficiente para la hemostásis, pero cuando se trata de niños mayores o adultos hay necesidad de efectuar la hemostásis con pinzas, pues en dichas personas ya es mayor el calibre de los vasos. 5o.) Se recorta el excedente de prepucio que queda sobre la platina, con bisturí. 6o.) Una vez efectuados los tiempos anteriores, se retira el aparato quedando la operación terminada.

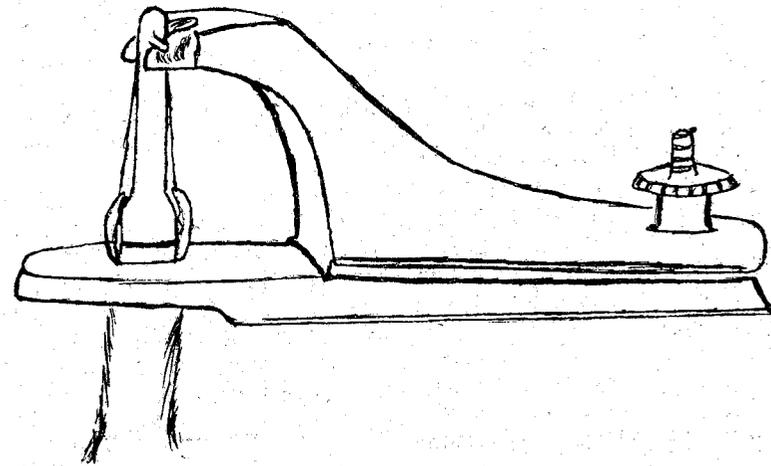


Figura No. 2.

#### TECNICA POR EL PROCEDIMIENTO DE DUPLAY:

1o.) Liberación de adherencias entre el prepucio y el glande por medio de una sonda acanalada. 2o.) Se separa el orificio prepucial y se tracciona con dos pinzas, una superior y otra inferior. 3o.) Se seccionan longitudinalmente de adelante hacia atrás, casi hasta el surco balano-prepucial, la parte superior del prepucio. 4o.) Abierto el prepucio se examina el glande y

se separa el frenillo. 5o.) Con tijeras curvas se secciona en semi-círculo a derecha e izquierda del prepucio, entre la extremidad posterior de la incisión hecha en el primer tiempo y el frenillo, dejando un segmento racional de prepucio. 6o.) Hemostásis de vasos sangrantes y sutura de los labios mucocutáneos con catgut cromisado cuatro ceros.

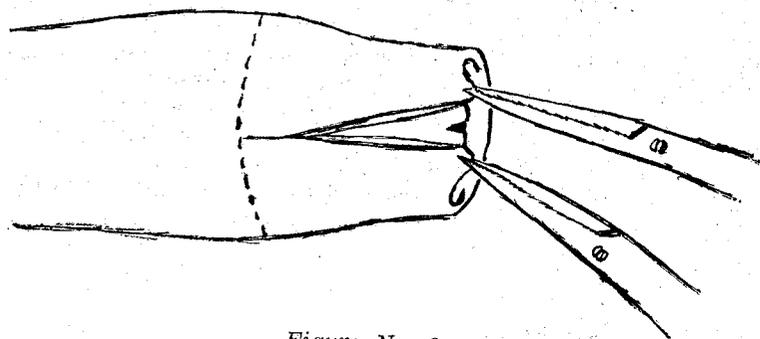


Figura No. 3.

De las tres técnicas que se hacen con más frecuencia, la técnica de Finochietto, la de Gommco y el Procedimiento de Duplay, satisface más las exigencias que se buscan la técnica Postioplástica de Finochietto, debido a que: 1o.) Además de cumplir fielmente el objeto primordial de la Postectomía, como es el de descubrir el glande dejando un prepucio lo suficientemente largo para cumplir las funciones fisiológicas que se le han encomendado, se le dá, en lo posible, una forma regular y semejante a lo normal. 2o.) Permite el agrandamiento del frenillo en caso de ser necesario. 3o.) No produce adherencias viciosas. 4o.) Puede ser practicada en fimosis y aún en para-fimosis. 5o.) Nunca ha producido formación de queloides. 6o.) Puede ser practicada en cualquier edad.

La técnica de Gommco: 1o.) Se puede efectuar solamente en recién nacidos, ya que en niños mayores o adultos como indiqué anteriormente, es necesario hacer hemostásis y colocar puntos. 2o.) Produce adherencias viciosas, entre el glande y la cicatriz operatoria, las cuales hay que suprimir más tarde cuando sea un poco mayor el niño y aunque es benigna y fácil de separar, esas pequeñas adherencias implica otra operación. 3o.) No puede agrandarse el frenillo en caso de hallarse reducido de tamaño 4o.) Sólo puede efectuarse en prepucios redundantes. 5o.) No se puede efectuar en Fimosis.

La técnica por el Procedimiento de Duplay, no puede efectuarse en para-fimosis siendo indicada en prepucios redundantes. Puede efectuarse en cualquier edad.

## V) CASOS TRATADOS

Caso	Nombre	Edad	Examen	Diagnóstico	Tratamiento		Técnica
1.	D.R.	7 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	20	II 51 Finochietto
2.	A.E.	18 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	7	IV 51 Finochietto
3.	O.M.	17 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	12	IV 51 Finochietto
4.	V.C.	18 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	14	IV 51 Finochietto
5.	M.R.	20 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	14	IV 51 Finochietto
6.	A.V.	20 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	18	IV 51 Finochietto
7.	J.G.	20 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	19	IV 51 Gommco
8.	M.A.P.	18 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	28	IV 51 Gommco
9.	R.E.	18 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	28	IV 51 Finochietto
10.	J.A.	13 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	10	V 51 Gommco
11.	J.G.	19 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	23	V 51 Finochietto
12.	J.A.G.	18 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	23	V 51 Finochietto
13.	J.T.	19 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	26	V 51 Finochietto
14.	N.T.	19 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	26	V 51 Finochietto
15.	R.P.	13 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	6	VI 51 Gommco
16.	A.P.	15 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	6	VI 51 Gommco
17.	V.M.	15 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	16	VI 51 Duplay
18.	A.V.	31 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	19	VI 51 Finochietto
19.	J.A.	34 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	19	VI 51 Duplay
20.	T.R.	21 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	20	VI 51 Duplay
21.	M.A.	24 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	26	VI 51 Finochietto
22.	R.N.	17 años	Bueno	Prep. redundante	Postectomia	26	VI 51 Duplay
23.	M.A.	16 años	Bueno	Fimosis	Postectomia	5	VII 51 Finochietto

24.	J.S.	25 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	7	VII 51	Duplay
25.	B.L.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	7	VII 51	Duplay
26.	J.I.C.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	7	VII 51	Gommo
27.	V.G.	20 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	11	VII 51	Gommo
28.	M.A.M.	23 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	11	VII 51	Gommo
29.	J.B.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	14	VII 51	Duplay
30.	R.M.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	14	VII 51	Duplay
31.	J.I.G.	22 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	17	VII 51	Duplay
32.	V.A.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	18	VII 51	Finochietto
33.	E.S.	15 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	21	VII 51	Duplay
34.	R.G.	31 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	28	VII 51	Gommo
35.	F.M.	20 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	28	VII 51	Gommo
36.	J.H.	31 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	28	VII 51	Gommo
37.	M.F.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	30	VII 51	Gommo
38.	J.A.	18 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	9	VIII 51	Gommo
39.	R.L.	28 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	6	IX 51	Finochietto
40.	L.S.	55 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	27	IX 51	Finochietto
41.	J.M.	19 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	29	IX 51	Finochietto
42.	D.R.	8 años Bueno	Fimosis	Postectomia	30	IX 51	Finochietto
43.	M.D.	15 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	21	XI 57	Finochietto
44.	E.R.	25 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	9	VIII 58	Finochietto
45.	A.L.	19 años Bueno	Fimosis	Postectomia	20	VIII 58	Finochietto
46.	A.C.	11 años Bueno	Prep. redundante	Postectomia	20	VIII 58	Finochietto

## V) CASOS TRATADOS

## VI) CONCLUSIONES

- 1o.) La técnica de Finochietto es la más aconsejable porque puede practicarse en cualquier edad, no sucediendo lo mismo con la técnica de Gommco.
- 2o.) Puede dejarse el prepucio lo suficientemente largo, para que de acuerdo con la fisiología del órgano, cumpla su cometido.
- 3o.) Porque cuando el frenillo es corto, éste puede ser alargado de acuerdo con el buen criterio quirúrgico.
- 4o.) Con la técnica de la Postectomía por el procedimiento de Duplay, en algunas ocasiones se han producido cicatrices queloideas, inconveniente que se Salva con la Técnica de Finochietto, tampoco se han observado adherencias del glande a la herida operatoria.
- 5o.) La técnica de Finochietto está indicada en los prepucios redundantes, en las fimosis y aún en parafimosis.
- 6o.) La técnica de Finochietto tiene el inconveniente de disminuir la sensibilidad del prepucio.

EMILIO MENDIZABAL FERRIGNO.

Vo. Bo.  
Dr. JULIO DE LEON

Imprimase  
Dr. ERNESTO ALARCON,  
Decano.

## VII) BIBLIOGRAFIA

- 1) DeLee, Principios y Prácticas de Obstetricia Tomo II, Página: 1282.
- 2) De León Julio, Procedimiento Postioplástico. Revista Colegio Médico, Septiembre 1952. Volumen III, Página: 174.
- 3) Dodson Austin Ingram, Urological Surgery Second Edition, Pág. 669.
- 4) Forgue E., Patología Externa, Tomo II, Pág. 1083.
- 5) Finochietto E., Libro de Oro. Pág. 125.
- 6) Marion G., Técnica Quirúrgica. Pág. 863.
- 7) Rosales Carlos, Tesis de Graduación "Una Nueva Técnica de Postectomía", Noviembre 1951.
- 8) Testut L., Tratado de Anatomía Humana, Tomo VIII Pág. 980.